

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1955

N°

909

THESE
pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

M A S André, né le 30 Avril 1930, à Levallois-Perret
(Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

PANCREAS ABERRANT : A PROPOS DE 2 NOUVEAUX CAS

Président de thèse :

Mr. le Professeur F. de Gaudart d'Allaines.

E ditions A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : M A S

Prénoms : André

Date de la Soutenance :

N° :

1.

MAS André
Pancréas aberrant :
A propos de 2 nou-
veaux cas.
Thèse Med.Paris 1955
N°
Dact.in-4° 30 p.
Editions AGEMP 1955

2.

MAS André
Pancréas aberrant :
A propos de 2 nou-
veaux cas .
Thèse Med.Paris 1955
N°
Dact.in-4° 30 p.
Editions AGEMP 1955

3.

MAS André
Pancréas aberrant :
A propos de 2 nou-
veaux cas .
Thèse Med.Paris 1955
N°
Dact.in-4° 30 p.
Editions AGEMP 1955

4.

MAS André
Pancréas aberrant :
A propos de 2 nou-
veaux cas .
Thèse Med.Paris 1955
N°
Dact.in-4° 30 p.
Editions AGEMP 1955



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553821_0036

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1955

N°

THESE
pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

M A S André, né le 30 Avril 1930, à Levallois-Perret
(Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

PANCREAS ABERRANT : A PROPOS DE 2 NOUVEAUX CAS

Président de thèse :

Mr. le Professeur F. de Gaudart d'Allaines.

Editions A.G.E.M.P.

terre-elo.
(ent)



BAD XII

.geleif.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CITRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET.
(membre de l'Institut)
ASSESEUR..... Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique.....	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLAT-BERT (P.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OMERLING (C.)
Chimie médicale.....	N...
	(Hôtel-Dieu..... BROCCQ (P.)
Cliniques	{ Broussais..... DE GAUDART-D'ALLAINES (P.)
Chirurgicales	{ Salpêtrière..... MONDOR (R.)
	{ Cochin..... QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBICNE(R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	KOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
	{ Hôtel-Dieu
Cliniques	{ Bichat
médicales	{ Cochin
	{ Broussais
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (L)

	(Tarnier	LANTUEJOUL (P)
	(Baudelocque	LEVY-SOLAL (B)
Cliniques	(Port-Royal	LACOMME (M)
obstétricales		VELTER (H)
Clinique ophtalmologique		AUBIN (A)
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique physio-pathologique des problèmes		
alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOILLE (H)
Médecine Légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GAILLARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologique expérimentale		
(Chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel) ..		DOGNON (A)
Physiologie		BINET (L)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J)
	(DELMAS (A) Pr.s.ch.
Anatomie Pathologique	(N...
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Mlle P. Pr.s.ch.
	(BUSSE (F)
	(GOUYGOU (C)
Bactériologie	(FASQUELLE (R)
	(NEVOT (A)
Biologie Médicale	BOURLIERE (F)
Chimie Médicale	(ETTORI (J) Pr.s.ch.
	(JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.
	(SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F)

Histologie	{ BULLIARD (H) Pr. s. ch. { COUJARD (R) { N ...
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	{ BOYER (J) { DEPARIS (M)
Médecine Légale et du Travail	{ DIROBERT (L) { GAULTIER (M) { HADENGUE (A)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	{ CRASSET (J) { LEPAGE (F) { MAYER (M) { MERCIER (R) { MORIN (P) { RAVINA (J) { VARANGOT (J)
Ophtalmologie	{ OFFRET (G) { DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	{ HALPHEN (E) Pr.s.ch. { AUBRY (M) { MADURO (R)
Parasitologie	{ DRUMPT (L) { CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	{ ABOULKER (F) { BAUMANN (J) { GOSSET (J) { HUGUIER (J) { LAURENCE (G) { LEGER (L) { LORTAT-JACOB (J) { OLIVIER (Cl) { PABOVANI (P) { PCILLEUX (M) { ROUX (M) { RUDLER (J.C.) { VIERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	N...
Pathologie médicale	BERNARD J. { BOUDIN (G) { CASTAIGNE (P) { COMTE (M) { DECOURT (J) { DONART (A) { DREYFUS (Gilbert) { FAUVERT (R) { HAMBURGER (J) { KOURILSKY (R) { LAMOTTE (M) { LAROCHE (C) { MILLIEZ (P) { PEQUIGNOT (H) { PERRAULT (M) { RAMBERT (P) { THIEFFRY (St) { TURIAF (J)

Pédiatrie	{ JOSEPH (R) LAPLANE (R) H...
Pharmacologie	{ LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	{ BARGETON (D) Pr.s.ch. PARROT (J.L.)
Physique Médicale	{ DJOURNO (A) Pr.s.ch. GOUGEROT (L)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	BARUK (H)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	{ CERNEA (P) CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	PERRAULT chargé de l'enseignement)
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Clinique Chirurgicale	AMETINE (A) PATEL (J) SICARD (A)
Clinique Médicale	BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENEAU (M) Pr.s.ch. MARCHAL (G) SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	ECALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R)

	MM.
Secrétaire Général de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), METIN (F), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur F. DE GAUDART D'ALLAINES

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette
Thèse,
Hommage respectueux.

Au Docteur ROCHLIN

Qui a bien voulu nous confier le
sujet de cette thèse,
En témoignage de notre profonde
gratitude.

A toute ma Famille

A mes Collègues et Amis

des Hôpitaux d'Aurillac et du Mans

A mes Amis

du BA 1/139

PANCREAS ABERRANT :

A PROPOS DE 2 NOUVEAUX CAS .

OBSERVATION N°1.

Monsieur Nv.... 55 ans, cultivateur . Depuis une vingtaine d'années, douleurs épigastriques cycliques, présentant tous les caractères de crises ulcéreuses d'un ulcus du bulbe duodénal. Depuis trois mois, les douleurs sont devenues subintrantes et, fait nouveau, elles sont accompagnées de vomissements alimentaires.

Vu le 9 Mai 1953 : malade amaigri, souffrant d'une manière continue. Les radiographies montrent un estomac hypertonique avec dilatation antrale importante et une sténose pylorique serrée. L'intervention est conseillée.

Le malade entre en clinique le 23 Mai 1953. Examens pré-opératoires : urée 0,45 gr, glycémie 0,90 gr ; globules rouges 3.400.000 ; globules blancs 8 000 ; protéines abaissées, déshydratation importante. Tension artérielle basse 9/6. Traitement pré-opératoire institué : deux transfusions de 200 gr de sang frais, acides aminés, vitamines A, B, C, D, PP, extraits hépatiques, cure digitalique.

Intervention le 5 Juin 1953 (Docteur Rochlin) : anesthésie générale au pentothal et perfusion simultanée d'un cocktail composé de phénergan, de novocaïne et de dolosal dans un flacon de 500cc de solution glucosée isotonique. Dose totale de pentothal : 0,gr90.

On découvre un gros ulcus calleux de la face postérieure du bulbe, adhérent au pancréas, entouré d'une importante périviscérite du carrefour. La gastrectomie étant décidée, on va, d'emblée, selon la technique habituelle, à la recherche de la première anse jéjunale que l'on extériorise. Cette manoeuvre permet de découvrir au niveau du bord libre de l'intestin, à 3 cms environ de l'angle duodéno-jéjunal, une tuméfaction arrondie, de 2cms de diamètre environ, légèrement saillante, de couleur jaune-clair, d'aspect lobulé, bref présentant un aspect typique d'une glande pancréatique aberrante. Le jéjunum et son mésentère paraissent absolument normaux. On décide néanmoins de procéder à l'ablation de cette glande aberrante. Cette ablation est pratiquée par une excision losangique de la paroi intestinale, suivie d'une suture transversale en deux plans aux points séparés au lin. On procède ensuite à la gastrectomie aux 3/4 type Polya, l'anastomose étant sous-jacente à la suture jéjunale. Les suites opératoires sont celles d'une gastrectomie banale et le malade quitte la clinique 15 jours après l'intervention en excellent état.

Revu en Février 1954, il ne souffre pas, a grossi de plusieurs kilos, travaille normalement. La radiographie montre un bon fonctionnement de la bouche anastomotique.

L'examen histologique fut pratiqué par le Docteur Gasne de Paris : glande pancréatique normale avec ilôts endocrines, la muqueuse intestinale montre un canal excréteur, sans aucune ulcération.

+ +

+

OBSERVATION N° 2.

Monsieur GO 25 ans.

Opéré le 12 Décembre 1952 d'une péritonite appendiculaire, avec suites assez pénibles. Revu en Mars 1953 pour des douleurs épigastriques tardives ; une radiographie montre une niche ulcéreuse typique au niveau du bord supérieur du bulbe duodénal. Le traitement médical pratiqué par le Docteur Lacout selon la méthode de Gutmann n'amène aucune amélioration. Au contraire les douleurs deviennent de plus en plus violentes et continues ; le malade ne s'alimente plus, maigrit, présente un vomissement sanglant suivi de méléna. On décide d'intervenir malgré le jeune âge de ce malade.

Les examens pré-opératoires ne montrent qu'une légère anémie à 3.800.000 ; la glycémie en particulier est normale à 1 gr.

Intervention le 1er Juillet 1953 (Docteur - Rochlin - Dr Lacout).

Anesthésie : éther-oxygène en circuit fermé après un départ au pentothal. On découvre un ulcus de la petite courbure du bulbe duodénal, les tissus voisins présentent un aspect inflammatoire marqué. L'extériorisation de la première anse jéjunale permet de découvrir à 5cms environ de l'angle de Treitz une tuméfaction absolument semblable à celle de l'observation précédente. Cette découverte est d'autant plus curieuse que les deux interventions ne sont même pas séparées par un mois d'intervalle. Ici le jéjunum voisin de la tumeur présente une teinte plus sombre que normalement et paraît légèrement induré. Dans ces conditions on pratique une résection de 5cms de jéjunum, suivie d'une anastomose termino-terminale en deux plans aux points séparés au lin. L'antécédent hémorragique fait pratiquer ensuite une gastrectomie type Polya, l'anastomose étant sous-jacente à

suture jéjunale. Les suites sont très simples, le malade quitte la clinique 14 jours après l'intervention .

L'examen histologique (Dr. Gasne) montre une glande pancréatique d'aspect normal avec un canal excréteur avec, fait important, une ulcération de la muqueuse jéjunale au niveau de l'abouchement de ce canal.

En Février 1954, le malade présente une occlusion du grêle, l'intervention montre l'existence d'une bride au niveau de la dernière anse iléale (en rapport certainement avec la péritonite appendiculaire). On profite de cette intervention pour explorer rapidement la région de l'anastomose gastro-jéjunale qui présente un aspect absolument normal.

Le malade est revu en Juin 1954. Il ne souffre pas, ne présente aucun trouble gastrique. Cependant il n'a pas grossi, présente une psychasthénie légère et ne travaille que d'une façon intermittente.

+ +

+

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à Aurillac nous avons eu la surprise d'observer deux cas de pancréas aberrant, à un mois d'intervalle à peine ; coïncidence plus grande il s'agissait dans les deux cas d'hétérotypie pancréatique à localisation jéjunale, ayant évolué toutes deux sous le couvert d'un syndrome ulcéreux typique. C'est l'intervention qui révéla la présence de la glande aberrante, le preuve exacte de sa nature fut établie par l'examen histologique.

Le nombre des cas de pancréas aberrants parus dans la littérature médicale s'est rapidement accru ces dernières années ; aussi nous avons cru bon à l'occasion de la publication de ces deux observations inédites de refaire une étude d'ensemble de la question, enrichie des données récentes que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

Nous bornerons notre étude aux seuls pancréas accessoires responsables de syndrômes cliniques à des degrés variables, éliminant d'emblée toutes les formes qui restent muettes et qui ne sont que de pures découvertes anatomiques.

Après un bref rappel historique nous envisagerons successivement les données anatomo-pathologiques, les considérations physio-pathologiques attachées à cette étude en insistant sur les rapports du pancréas accessoire et de l'ulcus. Nous essaierons de dégager les différentes hypothèses embryologiques émises pour expliquer une telle anomalie glandulaire ; nous nous efforcerons ensuite de dégager les principaux syndrômes cliniques qu'elle peut réaliser, puis nous nous efforcerons de voir dans quelle mesure les examens paracliniques surtout radiologiques peuvent aider à en établir le diagnostic. Enfin très succinctement nous rapporterons les principales techniques chirurgicales qui ont été successivement préconisées pour traiter une telle dysplasie.

Nous remercions encore une fois le Dr. Rochlin d'avoir bien voulu nous soumettre ce sujet de thèse et souhaitons que ce modeste travail lui soit une marque de notre respectueuse reconnaissance.

+ +

+

HISTORIQUE

La possibilité de voir se développer une glande pancréatique aberrante en un point varié de l'organisme est un fait connu depuis déjà fort longtemps : il semble que le premier cas en ait décrit par Schultz en 1727, la première étude histologique fut publiée en 1859 par Klob. D'abord considérée comme un phénomène très rare cette anomalie glandulaire s'il faut en croire les statistiques récentes nous apparaît comme étant relativement fréquente.

Waugh et Harding (1946) passant en revue les autopsies de Letulle, Opie, Katsurada, Feyster, Duff, Foster, et Bryan trouvent dans 0,9 % des cas un pancréas accessoire en un point quelconque de l'organisme.

Fieldman et Weinberg sur 410 autopsies consécutives relèvent des pourcentages de 12,5 % chez l'adulte, 15 % chez l'enfant.

Dans la grande majorité des cas le pancréas aberrant n'entraîne aucune manifestation pathologique, il demeure absolument muet et n'est qu'une simple découverte d'autopsie. Quelquefois cependant il peut être à l'origine de désordres cliniques marqués qui amènent le malade à l'intervention : celle-ci fait alors la preuve de l'hétérotypie pancréatique. C'est à l'étude de ces manifestations cliniques et aussi à celle des expressions radiologiques du pancréas aberrant que se sont attachés les auteurs récents : c'est aussi à quoi nous bornerons notre travail.

La première observation clinique ayant trait à une telle anomalie semble être celle de Mayo Rolson en 1905. Quatre ans plus tard Raynier et Masson intervenant sur un malade pour ce qu'ils croyaient être un néoplasme eurent la surprise après examen histologique de découvrir un pancréas accessoire.

En 1923 Gosset, Loeny et Bertrand font une très intéressante publication à la Société de Chirurgie, sur ce sujet.

En 1924, Choisset et Delhongue rapportèrent quelques nouveaux cas.

Signalons en 1927 le travail de Simpson sur les pancréas accessoires, celui de Rasemond et Wandenberg en 1931.

En 1940 Faust et Midgett reprennent une étude d'ensemble des 370 cas déjà publiés à cette date.

Depuis le nombre des publications ayant trait au pancréas aberrant est allé augmentant, nous ne citerons que celles qui nous ont paru les plus importantes :

- celle de Waugh et Harding en 1941,
- le travail très intéressant de Lambking et D'Allaines sur les tumeurs bénignes du canal pyloro-duodéal (Archives Mal. App. Digest. 1945)
- celui de Joyeux, Guibert et Guerrier en 1947
- l'étude de Beaumel en 1949
- la thèse remarquable de Ledieu en 1951 sur les hétérotopies pancréatiques intra-gastriques.

Enfin plus près nous mentionnons les très belles études de Kjellman en Amérique (1952) avec 4 nouveaux cas, celles de De la Cruz en Espagne, celles enfin de De Roche et Gérard (toujours la même année) qui insistent particulièrement sur les aspects radiologiques du pancréas aberrant de l'estomac.

+ +

+

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est l'examen anatomo-pathologique qui fait la preuve formelle de l'hétérotypie pancréatique.

Lors de l'intervention chirurgicale il est parfois possible par l'examen macroscopique d'évoquer le diagnostic : le pancréas aberrant, en effet, présente certaines particularités de siège et d'aspect qui le caractérisent.

Le Pancréas aberrant peut, certes, siéger en des endroits multiples de l'organisme mais dans la grande majorité des cas il reste localisé près du lieu d'origine embryonnaire du pancréas normal. Lorsqu'il a une localisation gastrique on le trouve le plus souvent au niveau du tiers distal de l'estomac à 5 ou 6 cms du pylore, en général : il intéresse en règle la face antérieure de la région antro-pylorique, plus rarement la face postérieure ou l'une des deux courbures.

Le localisation duodénale du pancréas aberrant a été très minutieusement étudiée par Feldman et Weinberg ; d'après ces auteurs toutes ces localisations peuvent se voir au niveau de cet organe mais dans le plus grand nombre de cas le pancréas accessoire siège au niveau de la deuxième portion du duodénum, près de l'ampoule de Vater, surtout entre la grande et la petite caroncule.

Le jéjunum est également un siège relativement fréquent de pancréas aberrants. Dans les deux observations que nous rapportons la glande aberrante siégeait à ce niveau à trois et cinq centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. On a également signalé la possibilité de développement à l'intérieur des diverticules jéjunaux (Carro).

Bien d'autres localisations atypiques ont encore été signalées : sur l'iléon, le diverticule de Meckel (Del Campo et Casselini, Tedeschi), beaucoup plus exceptionnellement au niveau du mésentère, de la vésicule biliaire

La proportion respective des pancréas aberrants en fonction de la localisation est assez variable avec les auteurs : à titre d'indication nous donnons ici la statistique de Pearson (1951) :

- Estomac	25 %
- Duodénum	30 %
- Jéjunum	15 %
- Iléon	3 %
- Diverticule de Meckel	6 %
- divers	21 %

Quant à la double localisation elle est possible quoique assez rare : Feldman et Weinberg sur leurs soixante-quinze cas de nodules pancréatiques dans le duodenum trouvent dix fois deux nodules et même une fois trois nodules.

Chapman et Mossman ont rapporté un cas d'association avec un pancréas annulaire.

Bien souvent l'aspect du nodule est assez particulier pour qu'un opérateur averti puisse le reconnaître ; dans les deux cas que nous avons observés, en particulier, le diagnostic pouvait presque en être porté dès l'inspection : plaque lobulée, saillant sous la séreuse, de coloration jaunâtre caractéristique. D'autres fois il s'agit d'un petit nodule enchassé profondément, au lieu d'une petite plaque ou d'un simple épaissement de la paroi digestive ; cet aspect qu'on retrouve fréquemment lorsqu'il s'agit de localisation gastrique ou duodénale peut en imposer au premier abord pour un ulcère ; mais ces inclusions pancréatiques enchassées dans la paroi offrent au palper une consistance indurée, toutefois moins cartonnée que celle du néoplasme ou de l'ulcus.

Elles sont de dimensions variables, habituellement de la grosseur d'une lentille ou d'une noisette atteignant rarement la taille d'une noix. La croissance du nodule paraît être extrêmement lente : mesurant un ou deux millimètres de diamètre chez l'enfant, il ne dépasse guère 2 cms chez l'adulte. En plus de cette croissance naturelle le nodule peut augmenter de volume à la suite d'une inflammation, d'une formation tumorale telle qu'un adénome ou un cancer.

La tumeur peut faire saillie sous la muqueuse : celle-ci est toujours, dans ce cas, d'aspect et de coloration normales : au centre de cette saillie on note souvent une ombilication qui n'est d'ailleurs pas constante.

A la coupe l'inclusion pancréatique apparaît d'une couleur rose-jaunâtre caractéristique qui permet de la différencier des autres tumeurs bénignes de l'estomac.

L'étude microscopique va permettre d'abord de préciser le siège de ces formations glandulaires par rapport aux diverses couches de la paroi du tube digestif. Le nodule pancréatique a sa place habituelle au niveau de la sous-muqueuse ; de là l'extension va se faire vers la musculuse avec dissociation des fibres, les canaux excréteurs de ces lobules glandulaires se dirigeant vers la sous-muqueuse. Le tissu pancréatique peut ainsi intéresser la totalité des trois couches de la paroi.

Il nous paraît utile de rapporter ici la statistique de Delhongue : sur 39 observations de Pancréas aberrants qu'il a réunies la place du Pancréas aberrant a été trouvée :

- 15 fois dans la sous-muqueuse,
- 5 fois dans la musculuse
- 5 fois dans la sous-séreuse
- 14 fois enfin dans la totalité de la paroi gastro-duodénale.

La mise en évidence de l'orifice d'abouchement du canal excréteur dans la lumière intestinale est en général très difficile : son existence même a été posée par certains auteurs qui, partant de cette constatation, ont émis certaines hypothèses sur le fonctionnement de ce pancréas accessoire. Dans les deux cas que nous présentons, pourtant, il existait un orifice d'excrétion au niveau de la muqueuse jéjunale dans lequel il était possible d'introduire un stylet ; dans le premier cas la muqueuse alentour était normale ; dans le second cas, par contre on notait une ulcération nette de la muqueuse jéjunale au niveau de l'abouchement de ce canal ; nous reviendrons plus loin sur cette importante constatation à propos des discussions physio-pathologiques.

L'examen histologique va ensuite essayer de préciser la constitution de ce tissu pancréatique aberrant. Tous les éléments constitutifs du pancréas normal peuvent se retrouver à son niveau ; cellules sécrétrices, canaux excréteurs, îlots de Langerhans également, bien que la possibilité de leur présence ait été primitivement niée par certains auteurs. Pourtant il est rare que ces différents éléments se retrouvent au complet : aussi Bolognesie a-t-il proposé une classification en quatre types histologiques :

- a) présence d'îlots de Langerhans, d'acini et de canaux excréteurs : (pancréas complet endo-exocrine).

- b) présence d'acini et de canaux : (glande purement exocrine),
- c) présence exclusive d'ilots de Langerhans et de canaux : (glande endocrine),
- d) présence de canaux dilatés et kystiques.

La disposition lobulaire est plus ou moins nette suivant les cas. Les éléments glandulaires sont tantôt groupés en une seule masse réalisant un petit pancréas histologiquement normal, tantôt disséminés en ilots séparés et disposés à différents niveaux de la paroi digestive, disposition la plus habituelle.

Certains auteurs insistent sur les diverses altérations cellulaires dont ce pancréas peut être le siège : pour certains, les cellules y seraient fréquemment atrophiées ou en voie d'atrophie.

Le pancréas aberrant, enfin, peut être, rarement en fait, l'objet de toutes les affections qu'on observe sur la glande pancréatique oedèmes pancréatiques aigus, pancréatites aiguës hémorragiques, pancréatites chroniques intersticielles, fibroses kystiques du pancréas aberrant (Thomas et Schultz, Andersen) et même de formations bénignes ou malignes (Silver et Lublinger, Bowers).

+ +

+

ETIOLOGIE - EMBRYOLOGIE

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer l'origine du pancréas accessoire.

L'origine embryonnaire paraît être la plus vraisemblable. Normalement le pancréas se développe à partir de trois ébauches de la vésicule intestinale primitive: on distingue ainsi un bourgeon dorsal et deux bourgeons latéraux sur la face ventrale: ces derniers, après une série de migrations, vont se fusionner au noyau dorsal et il en résultera un pancréas unique. L'inclusion aberrante serait due à un défaut de coalescence de ces différents bourgeons, l'un deux ou fragment de l'un d'eux, évoluant pour son propre compte. A l'appui de cette thèse certains auteurs font remarquer la fréquence avec laquelle il est possible de trouver, de façon presque normale, des acini glandulaires de type pancréatique au niveau de la muqueuse duodénale.

Pour expliquer les sièges plus aberrants certains pensent à une dissémination d'îlots pancréatiques dans les tuniques des parois intestinales de toute la cavité abdominale supérieure y compris le foie; d'autres insistent sur une métamorphose possible de la muqueuse intestinale pendant la vie foetale ou post-natale sous l'influence d'un stimulus anormal tel qu'une inflammation chronique; d'autres enfin, parlent de transport de tissu pancréatique normal par des adhérences intra-péritonéales.

Pour Bolognési cette anomalie glandulaire correspondrait à un retour à des conditions anatomo-physiologiques qui caractérisent les animaux inférieurs tels que les cyclostomes chez qui le pancréas est diffus à l'intérieur de la muqueuse intestinale.

Quoiqu'il en soit l'origine embryonnaire demeure la plus généralement admise. Quel est le stimulus responsable du vice de développement? Nous rejoignons là le problème de toutes les malformations congénitales avec tout ce qu'il comporte d'inconnues.

+ +

+

PHYSIO-PATHOLOGIE

Nous allons maintenant envisager le fonctionnement de cette glande aberrante, essayer d'expliquer la genèse des troubles cliniques qui l'accompagnent enfin voir s'il y a ou non un rapport entre le pancréas et l'ulcère gastro-duodénal.

Et d'abord une question se pose : cette glande secrète-t-elle ? Y a-t-il déversement du suc pancréatique dans la lumière intestinale ? A l'appui de cette thèse, certains, partant du principe qu'une glande exocrine est vouée à l'atrophie si son produit d'élaboration n'est pas éliminé, soutiennent que l'accroissement même de la glande plaide en faveur de son fonctionnement normal ; certes la mise en évidence du canal excréteur au niveau de la muqueuse intestinale est le plus souvent très difficile ; en général, à l'examen histologique les canaux excréteurs apparaissent émergeant à la muqueuse mais il n'est pas possible en règle de cathétériser la communication avec la lumière intestinale. Dans nos deux observations, et nous en avons retrouvé d'autres cas dans la littérature, il existait un minuscule canal excréteur cathétérisable. Mrs. Beaumel et Guibert constatant qu'il existe sur leurs coupes une mince bande de chorion entre les canaux excréteurs et la lumière de l'estomac, pensent que cette bandelette joue le rôle de membrane osmotique vivante capable de laisser passage aux sécrétions pancréatiques.

Une fois admis le principe du fonctionnement de cette glande il s'agit alors de savoir si cette sécrétion supplémentaire de suc pancréatique, en particulier du fait de son déversement en un point anormal du tube digestif, est douée ou non d'un pouvoir pathogène pour l'organisme. Plus précisément une question importante se pose, celle des rapports du pancréas accessoire et de l'ulcus gastro-duodénal : il est en effet frappant de constater la fréquence avec laquelle les manifestations cliniques de cette hétérotypie glandulaire revêtent un aspect pseudo-ulcéreux ; par ailleurs il n'est pas exceptionnel de constater lors de l'intervention la coexistence d'un pancréas accessoire et d'un ulcère authentique de l'estomac ou du duodénum. L'histoire de nos deux malades est, sur ce point très démonstrative : dans les deux cas les symptômes ont été ceux d'une maladie ulcéreuse typique avec ses douleurs, ses vomissements

Le premier malade présentait en outre un syndrome de sténose très net. Dans les deux cas, l'intervention a montré qu'il existait réellement un ulcère du bulbe associé ; dans le second cas, même, il y avait de plus, fait très singulier un deuxième ulcère situé sur la muqueuse jéjunale et centré sur le point d'émergence du canal excréteur de la glande aberrante, Messieurs Joyeux, Guibert et Guerrier rapportent de leur côté une observation du même genre : coexistence d'un nodule pancréatique enchassé dans la paroi du versant antéro-inférieur du bulbe et d'un petit ulcère siégeant à distance au niveau de la petite courbure de l'estomac.

Que faut-il penser de ces constatations ? Le pancréas aberrant peut-il être rendu responsable de l'apparition d'un ulcus gastro-duodénal ? Cette opinion a été défendue en particulier par Du Bourget et Berge ; il faut admettre dans ce cas que cet apport anormal de suc pancréatique est capable de créer un déséquilibre sécrétoire tel qu'il puisse entraîner même à distance soit une augmentation pathologique du pouvoir chloro-hydro-pepsique du suc gastrique ou une diminution de résistance des tuniques gastro-duodénales. Malheureusement l'expérimentation n'a pas jusqu'à ce jour fait la preuve formelle d'un tel mécanisme .

Dans le cas du double ulcère de notre deuxième malade nous nous permettons de soulever une hypothèse : sans vouloir attribuer au pancréas aberrant une responsabilité directe dans l'apparition des deux ulcus, il reste cependant logique de supposer que peut-être l'écoulement anormal de suc pancréatique et de ses constituants diastasiques a pu localement au niveau de la muqueuse jéjunale, créer une sorte d'épine irritative au niveau de laquelle la "maladie ulcéreuse" (sans vouloir anticiper de sa nature) aura déterminé l'apparition d'une seconde manifestation lésionnelle.

Certains auteurs (Baumel) ne voient dans la coexistence de l'hétérotypie glandulaire et de l'ulcus qu'une pure coïncidence et ne reconnaissent au pancréas accessoire aucune responsabilité dans la genèse de l'ulcus.

D'autres enfin, plus nombreux, s'appuient justement sur la rareté de telles coexistences pour faire jouer au suc pancréatique un rôle de protection vis à vis de la muqueuse gastro-duodénale. Pour Ebman et Hartmann (Dec 31) la formation des ulcères duodénaux serait même constante après drainage expérimental du suc pancréatique. Les résultats de cette expérimentation ont par la suite été contestés : Loewy, malgré une dérivation de la sécrétion pancréatique hors

de l'intestin maintenue six fois pendant une période variant de seize jours à quarante-trois jours, n'a pu obtenir un véritable ulcère ; Berg et Zucker ont confirmé les résultats de Loewy.

Au milieu de tant de controverses nous n'avons pas la prétention de conclure en faveur de telle ou telle théorie ; il nous a paru bon cependant d'insister sur la particularité qu'offrait le cas d'un de nos malades, particularité peut-être susceptible d'apporter une petite lumière dans l'éclaircissement d'un problème encore des plus obscurs : celui de la pathogénie de l'ulcère gastro-duodénal.

Pour clore ce chapitre signalons que le pancréas aberrant peut avoir des répercussions sur la production d'insuline et entraîner dans quelques rares cas des manifestations cliniques d'hyperinsulinisme.

+

+

+

ETUDE CLINIQUE

Les manifestations cliniques, qui donnent à l'étude du pancréas aberrant tout son intérêt ne sont malheureusement pas bien caractéristiques : le Pancréas accessoire est en effet capable de réaliser un certain nombre de syndrômes dont aucun n'est pathognomonique : syndrome pseudo-ulcéreux, phénomènes occlusifs, troubles digestifs variés etc ...

Rappelons tout d'abord que l'extériorisation clinique de cette dysplasie n'est nullement constante : la majorité des pancréas accessoires demeurent silencieux pendant toute la vie du porteur ; un petit nombre, par contre, peuvent être à l'origine de manifestations cliniques graves.

Le pancréas aberrant peut se manifester à tous les âges de la vie, et même très tôt : c'est ainsi que Laisne, Kelley et Halle ont rapporté plusieurs cas de sténoses pyloriques chez le nourrisson, en rapport avec un pancréas aberrant. Delcampo et Cassellini, de même, sont intervenus chez un enfant de vingt-sept mois pour une invagination intestinale provoquée par un diverticule de Meckel contenant une glande pancréatique. Razemond rapporte deux cas de pancréas aberrant chez des sujets âgés de soixante ans. Branch et Gross, dans une revue de vingt-quatre cas, donnent les âges extrêmes de huit jours à quatre-vingt-deux ans. La majorité des auteurs, cependant, s'accorde à reconnaître que de tels troubles surviennent plus volontiers entre quarante et soixante ans.

Le sexe du malade peut-il apporter des renseignements plus précieux ? Le pancréas aberrant serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Marshall et Curtiss en ont observé sept cas en cinq ans dont six hommes pour une femme ; Feldmann et Weinberg sur cinquante-trois adultes trouvent trente-sept hommes pour seize femmes, alors que sur vingt-deux enfants, douze seulement sont de sexe masculin. On ne peut tirer de là aucune conclusion vraiment utile au diagnostic.

Voyons maintenant quelles sont les principales manifestations cliniques du pancréas aberrant.

Les phénomènes douloureux sont très certainement les plus importantes de ces manifestations. Ces douleurs, par leur longue évolution souvent plus ou moins rythmée dans le temps, réalisent en général un syndrome pseudo-ulcéreux. Souvent il s'agit de gastralgies à type de brûlures, de crampes ou bien encore il peut s'agir de sensations de tension de pesanteur, ou de faim douloureuse.

Le siège de ces douleurs est très variable : épigastrique en général avec irradiations postérieures ; dans une observation de Joyeux les douleurs siégeaient au niveau de la fosse iliaque gauche, à type de coliques, et irradiaient vers l'ombilic.

Ces douleurs sont habituellement plus ou moins rythmées par les repas, survenant soit précocement dans l'heure qui suit, soit tardivement au bout de trois ou quatre heures. Les phases douloureuses alternent en général avec des phases de rémission : c'est ainsi qu'une malade du Docteur Marchand présentait des crises de deux ou trois mois, séparées par des périodes de quinze jours environ pendant lesquelles elle ne présentait aucun trouble.

D'autres troubles digestifs accompagnent en règle ces douleurs : pyrosis, régurgitations, nausées, troubles de l'appetit. Les vomissements sont très fréquemment observés : soit bilieux, soit plus souvent, alimentaires : leur fréquence est variable : en général, ils finissent, au bout d'un certain temps par être très rapprochés, abondants et aboutissent alors à une intolérance gastrique presque complète : il peut s'agir dans ce cas d'authentique sténose pylorique comme en témoigne l'examen radiologique ; de telles manifestations se voient surtout dans les cas de nodules pancréatiques de la région pyloro-duodénale, leur volume pouvant à lui seul réaliser une obstruction de la lumière pyloro-duodénale. L'état général sera vite altéré dans ces formes sténosantes.

Des hémorragies digestives peuvent se voir : ce peut être une hématoméose importante de sang rouge (c'était dans l'observation de Chapman, Vogel et Schomaker le symptôme qui motiva l'intervention) ou bien un vomissement de sang noirâtre mêlé aux aliments (Wertheimier). Le melaena n'est pas exceptionnel : qu'il soit visible macroscopiquement ou demande à être recherché par la réaction microscopique de Mayer, il peut par sa répétition entraîner rapidement un certain degré d'anémie.

Le groupement de tous ces signes réalise un syndrome très voisin de celui de l'ulcus gastro-duodénal : c'est d'ailleurs bien souvent ce dernier diagnostic qui est évoqué : la discrimination entre ces deux affections est pratiquement impossible par la seule clinique ; contre l'ulcère on peut, dans une certaine mesure, retenir le caractère plus irrégulier du rythme des poussées douloureuses mais en fait ce signe n'a rien de constant. Si bien qu'à de tels malades c'est en général un traitement anti-ulcéreux qui va être prescrit : la prise d'alcalins peut les calmer momentanément : le traitement anti-ulcéreux classique, selon la méthode du Prof. Gutmann n'a, lui aussi que des effets transitoires.

Peu à peu les troubles vont retentir sur l'état général : les douleurs deviennent quasi-continues, les vomissements alimentaires augmentent de fréquence conduisant rapidement ces malades vers un état de déshydratation et de cachexie progressive. Les hémorragies éventuelles viennent encore aggraver ce tableau par la note anémique qu'elles entraînent. L'on conçoit que, dans ces conditions, l'intervention, surtout lorsqu'elle doit être pratiquée après plusieurs années d'évolution de la maladie, nécessite un traitement pré-opératoire particulièrement soigné. En l'absence de toute thérapeutique ces syndromes subissent une aggravation rapide et vont entraîner la mort, à échéance variable, soit dans un accident hémorragique brutal, soit progressivement dans la cachexie.

D'autres troubles digestifs, plus discrets ou moins caractéristiques peuvent, d'autres fois, révéler le pancréas aberrant :

- parfois ce sont de simples phénomènes dyspeptiques banaux,
- ailleurs il peut s'agir de troubles intestinaux : coliques fréquentes, douloureuses, accompagnées parfois de météorisme abdominal, avec arrêt des matières et des gaz, comme dans une observation de Joyeux ; ou bien encore des alternatives de diarrhée et de constipation.

Une symptomatologie aussi variée n'a rien de bien spécifique au pancréas aberrant : pourtant, à la lumière de travaux récents, un signe peut être dégagé qui prend une valeur très grande lorsqu'il existe : l'ingestion de viande augmente les symptômes digestifs accusés par le malade : Karre, le premier, précise cette notion, Bert, après lui, confirma le fait. La sécrétion pancréatique par les divers ferments qu'elle contient, surtout la tryptase,

joue un rôle primordial dans la digestion des protides qu'elle désintègre presque complètement ; on conçoit facilement qu'un apport alimentaire supplémentaire puisse occasionner une stimulation sécrétoire au niveau du nodule et renforcer, par ce mécanisme, les phénomènes douloureux accusés par le malade.

Nous avons également signalé plus haut que quelques manifestations d'hyperinsulinisme avaient été décrites au cours du pancréas aberrant : Hohman en avait rapporté cinq cas ; Sevinghaus rapportait le sixième en 1948 ; Pfeiffer et Miller décrivait le septième en 1950. Ces manifestations n'ont rien de spécial : ce sont celles de l'hypoglycémie, à des degrés variables suivant les cas.

En dehors des hémorragies digestives dont nous avons parlé, le pancréas aberrant peut être la cause de complications graves qui viennent en assombrir le pronostic : ce sont surtout les accidents occlusifs et l'invagination.

Un syndrome de sténose pylorique, comme nous l'avons déjà dit, peut quelquefois accompagner un nodule pancréatique de la région pyloro-duodénale ; Del Campo et J.F. Casellini ont décrit un pareil cas chez un enfant de vingt-sept mois.

L'invagination est la plus fréquente complication du pancréas aberrant à localisation jéjunale ou iléale ; Keely rapporta en 1950, le septième cas d'invagination dû à un pancreas aberrant de la paroi iléale.

Le nodule pancréatique peut enfin être le siège de diverses affections : Chapman, Vogel et Schomaker, insistent sur l'inflammation possible de la glande (différentes formes de pancréatites), Kriep signale la possibilité de dégénérescence maligne du noyau pancréatique ; bien qu'exceptionnellement observé on devra tenir compte de cette éventualité dans la sanction thérapeutique.

Sous quelle influence un pancréas aberrant, jusque là bien supporté, peut-il devenir le point de départ de manifestations cliniques capables au bout d'un certain temps de justifier l'intervention ? Nombreuses sont les hypothèses émises à ce sujet. Pour expliquer les phénomènes douloureux on a invoqué tour à tour l'inflammation ou la nécrose de la glande, ses troubles fonctionnels : " la dysharmonie possible entre la sécrétion et l'excrétion de la glande principale d'une part, celles de la glande accessoire d'autre part, pourrait être le point de

départ de réactions muqueuses et musculaires, entraînant une altération pathologique de la glande aberrante ou de la muqueuse à son niveau ou à son voisinage ". Dans une de ses observations Guttman a vérifié histologiquement une inflammation de la sous-muqueuse autour de l'inclusion pancréatique ; nous en rapprocherons l'ulcération jéjunale que nous avons constatée chez l'un de nos malades au point d'abouchement du pancréas accessoire.

Kuss de son côté invoque à l'origine des manifestations une gêne à l'évacuation des produits d'élaboration de la glande : pour Ritter il s'agirait de douleurs provoquées par une augmentation de volume de la glande pendant la sécrétion : cette dernière théorie expliquerait pourquoi l'absorption de viande aurait le privilège d'accroître les phénomènes douloureux.

Enfin, Cohen, Gosset, Letulle et Tuffier rapportent les phénomènes douloureux à la présence d'un ulcère coexistant.

Les sténoses pyloriques que l'on peut observer sont généralement dues à une réaction d'hyperplasie de la musculature autour d'un noyau pancréatique (Mculonguet) ; les hémorragies pourraient être dues à une inflammation aiguë de la glande (Gawardin, Short et Cauchoix).

En réalité la multiplicité de ces hypothèses ne sert qu'à mieux prouver l'impossibilité où nous sommes d'expliquer la pathogénie des troubles cliniques du pancréas aberrant.

+

+

+

RADIOLOGIE - EXAMENS HISTOLOGIQUES

Etant donné l'impossibilité d'établir cliniquement le diagnostic de pancréas aberrant, le médecin est obligé de faire appel, dans sa recherche à des examens complémentaires, para-cliniques, au premier rang desquels il faut citer la radiologie. L'examen radiologique bien conduit est susceptible d'apporter une aide précieuse pour le diagnostic; malheureusement, les résultats, concluants dans certains cas, restent, dans l'ensemble assez discordants et souvent même trompeurs. Un tel examen, par ailleurs, n'a pas la même valeur pour l'ensemble de ces localisations glandulaires hétérotypiques : c'est pour l'étude des noyaux pancréatiques à siège gastrique ou pylorique qu'il fournit les renseignements les plus utiles. Dans les localisations duodénales les données sont beaucoup plus obscures. Pour tous les autres sièges, en particulier pour les nodules jéjunaux, la technique radiologique, encore très peu au point, paraît devoir être d'un intérêt bien réduit. Quoiqu'il en soit, le médecin qui suspecte chez l'un de ces malades l'existence d'une hétérotypie pancréatique devra pratiquer systématiquement un examen radiologique complet, ne serait-ce que pour éliminer des affections digestives beaucoup plus communes comme un ulcère ou une tumeur maligne.

La radioscopie représente le premier temps nécessaire de cet examen. L'opérateur devra porter son attention d'abord sur les sièges les plus habituels de l'hétérotypie glandulaire à savoir la portion antro-pylorique (faces et courbures) de l'estomac d'une part, faces et bords du bulbe duodéal d'autre part. Dans les cas les plus typiques, malheureusement bien rares, le pancréas qui siège sur l'une des faces de l'antra va se révéler à la compression par une lacune plus ou moins grande de la taille d'une pièce d'un franc en général ; un signe important peut déjà être noté à ce simple examen : l'intégrité des plis qui restent souples, mobiles à la pression ; la palpation n'est pas douloureuse. En règle il n'y a pas de liquide de stase dans une telle localisation.

L'examen est beaucoup plus délicat lorsque le pancréas accessoire siège sur l'une des courbures de l'estomac, grande ou petite : de nombreuses causes d'erreurs sont alors possibles, aucune image n'étant spécifique ; certains auteurs, dont Guttman ont décrit à ce niveau des petites lacunes encochant la petite courbure de l'estomac avec

propagation intégrale des ondes péristaltiques, la palpation est là aussi indolente ; la paroi est souple, mobile avec intégrité des plis, tous signes permettant d'affirmer la bénignité de la lésion.

Au niveau du bulbe on pourra noter une mauvaise imprégnation barytée de cet organe, sans plus.

S'il y a sténose associée, comme cela se voit dans les nodules pancréatiques de la région pylorique, la radioscopie en prouvera le degré en fonction de l'abondance du liquide de stase, du degré de dilatation, de l'état de tonicité de l'estomac.

L'examen radioscopique, s'il est certes précieux, pour les renseignements qu'il fournit, en particulier sur la cinétique gastrique doit cependant être obligatoirement complété par une étude radiographique qui permet une vue plus précise des lésions ; ce deuxième temps de l'examen devra être fait de façon très approfondie, en utilisant tous les artifices de technique permettant l'exploration la plus complète de l'estomac, du duodénum : clichés sous compression dosée en station debout, en procubitus de face et de profil. Ces techniques d'examen ont été très bien codifiées ces dernières années par plusieurs auteurs dont Kjellamn (1950-61).

On a essayé ainsi de mettre en valeur un certain nombre de signes plus ou moins évocateurs. Là aussi c'est surtout dans la portion antro-pylorique de l'estomac qu'il convient de rechercher l'image du pancréas aberrant ; typiquement, pour Kjellman il s'agit d'une petite lacune de la dimension d'un pois ou d'une pièce de un franc, bien limitée, en général arrondie ou ovalaire avec une petite zone opaque centrale qui correspond au remplissage par la baryte du trou cratéiforme que l'on observe fréquemment au centre du noyau pancréatique et que nous avons déjà signalé au chapitre des particularités anatomo-pathologiques. Toujours pour Kjellman un autre signe va prendre une importance considérable pour le diagnostic, lorsqu'il existe : c'est la constatation de fins canaux imprégnés de baryte, rayonnant à partir de la cavité lacunaire et se terminant à la périphérie par de petites dilatations en forme de clubs l'ensemble revêtant l'aspect de canaux glandulaires. Récemment Deroche et Gerard (1953) ont rapporté deux cas de nodules pancréatiques de la région prépylorique caractérisés radiologiquement par la présence, sur l'une des faces de l'antre, d'une image arrondie en cocarde d'un diamètre d'un centimètre environ, et présentant en son centre une autre petite image sombre et arrondie. Bien

souvent on ne pourra rapporter au pancréas aberrant qu'une image de "défect" arrondie ou ovalaire, toujours bien limitée sans déformation des parois. Moore insiste très justement sur l'étude des plis de la muqueuse qui restent toujours très réguliers : ils ne convergent pas vers la tumeur ni ne sont interrompus par elle.

Au niveau des courbures les signes radiologiques sont beaucoup moins évocateurs : le pancréas aberrant pourra donner à ce niveau des images d'encoche en général de dimensions réduites, toujours à bords bien réguliers, comme "taillées à l'emporte-pièces". L'oedème péri-tumoral en particulier n'intervient pas ici pour en modifier les bords. L'étude des ondes péristaltiques, s'il elle n'avait déjà été faite, montrerait leur progression normale, non influencée par la lésion.

Sur le bulbe il est encore plus difficile de dégager quelques signes précieux pour le diagnostic : nombreuses sont en effet les images que peut réaliser le pancréas accessoire : image lacunaire régulière siégeant sur l'un des bords, images concentriques circulaires, simple imprégnation défectueuse d'autres fois. La forme générale du bulbe est en règle conservée mais des déformations secondaires peuvent se voir : encoches; convergence des plis, autant de facteurs qui expliquent l'impossibilité où l'on se trouve d'éliminer d'emblée l'ulcus du bulbe.

Un syndrome de sténose pylorique est habituel lorsqu'il s'agit de lésions intéressant le pylore lui-même ; il serait parfois possible dans ces cas de noter au niveau de ce canal une image claire ou bien un trajet filiforme à bords réguliers ; en règle l'examen radiologique, s'il précise le niveau de la sténose ne peut en rien préjuger de sa nature étiologique exacte.

Au terme de cet exposé nous sommes bien obligés de reconnaître que le diagnostic de ces images radiologiques est bien difficile : aucune n'est spécifique, beaucoup même s'apparentent à celles que l'on peut observer dans certains ulcères et tumeurs de l'estomac. Le problème est rendu encore plus ardu du fait de la possibilité de voir coexister d'authentiques ulcères : c'était le cas de nos deux malades dont l'un présentait un gros ulcus de la face postérieure du bulbe et l'autre une niche ulcéreuse du bord supérieur du bulbe duodénal.

Il faut enfin souligner que pour un nombre important de cas les examens radiologiques les mieux conduits ne peuvent déceler la moindre image pathologique sur les différents segments digestifs examinés.

Quant aux dosages histologiques ils n'ont pas apporté dans le diagnostic de l'hétérotypie pancréatique le secours que l'on pouvait logiquement espérer d'eux ; celui des ferments pancréatiques ne semble pas avoir été très retenu par les auteurs. La glycémie peut dans certains cas être modifiée dans le sens d'une hypoglycémie par hyperinsulinisme : dans les deux observations que nous rapportons un tel dosage effectué systématiquement au stade pré-opératoire n'avait montré que des chiffres normaux : 1 gr pour l'un, 0,90 gr par l'autre. Le taux des protéines sanguines était abaissé chez ces deux malades mais l'état d'altération de l'état général suffisait à lui seul à expliquer une telle hypoprotéinémie.

+ +

+

DIAGNOSTIC

L'étude que nous venons de faire des manifestations cliniques et radiologiques montre suffisamment combien il est difficile de poser le diagnostic de pancréas aberrant, du moins avant l'intervention. Des signes cliniques qui l'accompagnent aucun n'est pathognomonique. Les images radiologiques restent d'un intérêt plus appréciable ; malheureusement si elles permettent d'éliminer les principales affections digestives, bien souvent elles demeurent incapables de déterminer la nature exacte de la lésion. L'expression radiologique de l'hétérotypie pancréatique, par ailleurs n'est pas constante ; son intérêt diagnostic est pratiquement nul pour les localisations autres que celles de l'estomac ou du bulbe duodéal. A notre connaissance, le diagnostic de pancréas aberrant ne semble avoir pu être établi formellement avant l'intervention que de façon tout à fait exceptionnelle. Ledieu, dans sa thèse (1951) a rapporté deux observations d'hétérotypies pancréatiques intra-gastriques relevées à très peu de temps d'intervalle dont l'histoire clinique et les images radiologiques étaient si typiques et semblables qu'il a pu dans le second cas établir le diagnostic exact avant même l'intervention. Kjellman, dans le même temps rapportait trois cas de pancréas aberrant dont deux localisés à l'estomac et un au bulbe duodéal ; la preuve histologique n'a pas été faite car l'intervention ne fut pas jugée nécessaire mais "les signes radiologiques justifiaient amplement le diagnostic".

La clinique seule n'a pas une grosse valeur pour le diagnostic différentiel. Bien souvent le diagnostic porté est celui d'un ulcère de l'estomac : le long passé digestif, la périodicité, le rythme des douleurs, l'horaire où elles surviennent, les vomissements et les hémorragies qui peuvent les accompagner, l'altération de l'état général, tout contribue à vouloir confirmer ce diagnostic ; il n'est pas jusqu'au traitement anti-ulcéreux qui, par l'amélioration passagère qu'il peut entraîner, ne vienne témoigner dans ce sens. D'autres fois, c'est au néoplasme que l'on pense : l'altération de l'état général, l'anémie dominant alors le tableau clinique. Chez le nourrisson nous avons vu que l'hétérotypie pancréatique pouvait réaliser un tableau de sténose pylorique des plus typiques. Bien d'autres diagnostics erronés ont également pu être évoqués : colique

hépatique, affections vésiculaires, tuberculose intestinale ...
Un seul signe clinique paraît devoir garder une certaine valeur : la douleur après ingestion de viande.

La radiologie, permet souvent d'arriver au diagnostic de tumeur bénigne au moins quand il s'agit des localisations gastriques : le netteté, la régularité des bords de la lacune, la conservation des plis, l'intégrité des ondes péristaltiques au niveau de la lésion, la souplesse de la paroi, l'indolence de la compression épigastrique établissent de façon indiscutable le diagnostic. Ces caractéristiques permettent ainsi d'éliminer sur la petite courbure l'ulcère et le néoplasme qui ne possèdent aucun de ces critères, sur la grande courbure le cancer bourgeonnant.

La gomme syphilitique de l'antre voit ses images radiologiques rapidement modifiées par l'épreuve du traitement spécifique. Le trychobezoar, le phytobezoar sont tout à fait exceptionnels.

La régularité du bulbe permet d'éliminer l'ulcère qui plus souvent que le pancréas aberrant entraîne des déformations de cet organe.

Il est beaucoup plus difficile par contre d'éliminer les autres tumeurs bénignes qui présentent des caractères radiologiques identiques : adénomes brünériens et liberkuhniens, fibromes, angiomes, schwanomes : la constatation d'images lacunaires polycycliques, multiples ou volumineuses, permettrait d'éliminer le diagnostic de pancréas aberrant qui réalise en général une lacune arrondie, unique et réduite. Quoiqu'il en soit c'est déjà un grand mérite de l'examen radiologique de pouvoir préciser la nature bénigne de la tumeur : il suffira ensuite de ne pas méconnaître la possibilité d'un pancréas aberrant, d'évoquer ce diagnostic au même titre que celui des autres tumeurs bénignes ; l'intervention, si elle est décidée, viendra alors trancher le différend.

Le problème diagnostic est beaucoup plus difficile dans le cas des autres localisations de l'hétérotypie glandulaire : c'est ainsi que chez nos deux malades il ne fut pas possible ni cliniquement ni radiologiquement d'évoquer le diagnostic avant l'intervention : ils souffraient tous deux d'une maladie ulcéreuse typique et de fait ils présentaient bien à l'intervention des lésions ulcéreuses du bulbe ; mais aucun signe n'avait pu faire suspecter la présence du pancréas aberrant dont ils étaient porteurs.

Ainsi donc le diagnostic d'une telle anomalie glandulaire demeure des plus ardues ; s'il est parfois relativement facile dans les cas de localisations intragastriques, il est déjà très difficile dans ses formes duodénales ; il devient pratiquement impossible dans le cas d'un pancréas accessoire siégeant sur un autre point du tube digestif. Cependant il convient de ne pas considérer le pancréas aberrant comme un diagnostic d'exception mais de savoir l'évoquer aussi bien que toute autre tumeur bénigne et de la suspecter plus particulièrement lorsqu'il présente certains des caractères propres que nous avons essayé de lui rattacher au cours de cette étude.

+ +

+

TRAITEMENT

Si le diagnostic du pancréas aberrant nous a paru si difficile à établir la thérapeutique à lui opposer offre beaucoup moins de difficultés et ne prête qu'à très peu de discussions : l'accord est maintenant fait sur l'inutilité du traitement médical et la nécessité d'une sanction chirurgicale lorsque les manifestations cliniques sont suffisamment marquées.

Le traitement médical anti-ulcéreux (prises d'alcalins, anti-histaminiques, ...) peut, certes, amener une sédation des phénomènes douloureux : mais cette amélioration est toute temporaire et ne saurait être retenue comme une solution définitive.

Quel genre d'intervention faut-il pratiquer ? La gastrectomie a d'abord été l'opération la plus pratiquée, par suite d'erreurs de diagnostic (un certain nombre de nodules pancréatiques étaient pris pour des ulcères). Mallet Guy et Marion de Lyon demeurent fidèles à cette technique et pensent qu'elle offre le maximum de garanties de guérison.

Cependant actuellement la majorité des auteurs est partisan d'une exérèse limitée. Du Banguet et Bergé dans leur communication à l'Académie de Chirurgie en 1942 pensent que la gastrectomie est hors de proportion avec la lésion. Razemon et Wandendorp, Bolognesi, Joyeux et Guibert sont partisans de l'excision simple du nodule pancréatique avec suture secondaire de la brèche. Ils apportent à l'appui de leur thèse les bons résultats obtenus par cette technique depuis de nombreuses années. Ils ne rejettent pas systématiquement la gastrectomie mais considèrent qu'elle doit être réservée aux cas de glande accessoire volumineuse, enflammée ou bien en voie de dégénérescence ; ils la jugent nécessaire en cas d'ulcère associé.

Chez nos deux malades excision et gastrectomie ont ainsi été pratiquées, avec suites opératoires entièrement satisfaisantes au bout de deux ans bientôt ; dans le deuxième cas nous avons pensé même à nous limiter

à une simple ablation du nodule pancréatique en respectant le petit ulcus duodénal mais l'antécédent hémorragique et le risque qu'il laissait peser pour l'avenir nous ont contraint à associer résection jéjunale partielle et gastrectomie type Polya. Peut être l'excision simple du nodule eut-elle pu avoir des effets favorables sur l'évolution de la maladie ulcéreuse.

La gastro-entérostomie d'abord associée à l'excision du nodule semble devoir être à rejeter sans hésitation: elle a été à l'origine d'un certain nombre d'ulcus qui nécessitent une réintervention.

Quelle est maintenant la conduite à tenir en présence d'un nodule pancréatique découvert fortuitement au cours d'une intervention et n'ayant entraîné jusque là aucune manifestation pathologique. Discutable pour Gosset, inutile pour Martel, l'exérèse paraît nécessaire à Ockinczye pour prévenir une complication possible. Cette attitude, étant donnée l'inocuité de l'exérèse, nous semble la plus sage.

En conclusion nous pensons que la simple exérèse locale demeure la meilleure solution dans la majorité des cas : on ne doit la compléter par une gastrectomie que s'il y a une lésion ulcéreuse gastro-duodénale associée.

+ +

+

C O N C L U S I O N

Ainsi donc il convient de ne plus considérer aujourd'hui le pancréas aberrant comme une curiosité anatomique, une trouvaille d'autopsie sans intérêt clinique et chirurgical ; nous savons qu'il peut, dans certains cas être à l'origine de manifestations suffisamment graves pour nécessiter une intervention chirurgicale. Ces répercussions cliniques que nous avons essayé de préciser ici restent encore bien imprécises et en tout cas ne suffisent pas à elles seules pour permettre de faire le diagnostic. Nous avons insisté par contre sur les images radiologiques que peut donner le pancréas aberrant surtout dans ses localisations gastriques : elles fournissent en général des renseignements précieux sur le siège et la bénignité de la tumeur. C'est en fait le plus souvent le chirurgien qui diagnostique la nature exacte de cette tumeur, c'est l'examen histologique qui en fournit la preuve absolue.

L'importance que l'on doit attacher à la détermination de ce diagnostic est largement justifiée par les sanctions thérapeutiques qu'il impose ; le traitement médical, avons-nous dit, ne saurait donner d'amélioration durable : il faut dans tous les cas proposer l'ablation

chirurgicale, simple excision du nodule le plus souvent, gastrectomie subtotale lorsque l'état des lésions l'exige.

Nous avons eu l'occasion de voir, au cours de cet exposé, les nombreuses et séduisantes hypothèses émises pour expliquer l'embryologie, la pathogénie, la physiopathologie de cette dysplasie ; nous avons souligné en passant l'intérêt qui s'attache à l'étude des rapports de l'ulcère et de l'hétérotypie pancréatique ; l'exemple de nos deux observations à ce point de vue illustre de façon vivante l'intérêt du rapprochement qu'on peut faire entre ces deux affections. Nous n'avons eu garde de conclure à ce sujet ; peut-être pourra-t-il en découler d'utiles conclusions pour éclairer le problème pathogénique et thérapeutique de l'ulcère gastrique et duodénal.

En tout cas, nous serions trop heureux d'avoir, par ce travail, apporté une petite contribution à l'étude du domaine si vaste de la pathologie digestive.

--:--:--:--:--:--

Vu : Le Président de Thèse : Vu: Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris :
Mr. le Professeur de Gaulart
d'Allaines. L. Binet.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. Sarrailh.

BIBLIOGRAPHIE

- Ritter - Zur klinischen Bolde und itz vereprengten Pankreas-
kenie, Bei tr. z. klin. Chirurg. c.t. CXXV-21.
- De Castro, Barbosa, Waugh - Tissu pancréatique hétéro- chez
un garçon de 6 ans - Sa signification clinique.
Proc. staff. Meet. Mayo Clin. 0-22.
- Cohen - Surgery Gynecology obstetric. Mars 22.
- Gosset, Loeny et Bertrand - Pancréas accessoire. Bul.Soc.
Chirurg. 1923.
- Roux et Berger - Pancréas aberrant. Bull. et Mem. Soc.Nat.
Chirurg. 23
- Heckel et Bicard - 2 cas de Pancréas surnuméraires, Bull.
et Mem. Soc.Anat. Paris 24 n° 9.
- Lesne, Roffin - Vomissements incoercibles chez un nourrisson
de 3 mois dus à un pancréas aberrant.
Bull.Soc.Pédiatrie Paris 1925 n°10-15 Déc.
- Keller Hale - Etude d'un pancréas accessoire -
Annales of Surgey vol. LXXXIII N°6 Juin 26.
- Cogniaux - Contribution à l'étude des tumeurs bénignes, les
pancréas aberrants. Le Scalpel 23 Aout 30 - n°34.
- Razemond et Vandendorp - à propos des pancréas aberrants
Arch.Mal.App.Dig. Mars 31
- Ross- Pancreas accessoire causant l'invagination -
The Australian and Newzealand J.of.Surg.t.3 n°1
Juil. 33
- Bolognesi - Le pancréas accessoire. Arch. Mal. App. dig. j. 33
- Brocq et Miginiac - Chirurgie du pancréas, Masson édit. 1934
- Castiglioni - Pancréas accessoire avec syndrome ulc. gastro-
duod. Atti e Memorie della Societa lombarda de
chirurgia - vol 2 n°14 juil.34
- Sicca - 1 cas de P.access. à siège gastrique . Gazette degli
ospedali e delle cliniche au 60 n°20 20/5/34.
- Poppi - Les P.aberrants. Arch.Ital.Della Malattic dell app.
digerente, Bologne vol5 fasc. 6 6/12/35.

2.

- ilbert et Bardet - P.accessoire de la paroi gastrique. Soc.
de radiol. med. de France 8 Oct. 35
- onwan et Acquine - P. aberrant. Archivos Argent. de enferme
duodes del App.digest. de la Nutric. Buenos Ayres
t.2 n°2 j.36
- ayer May - l tun. kyst. develop. aux depens d'l pancr. access.
intra-gastrique - Ac. de Chirurg. t 63 n°14 28/4/37.
- azzini - P. duod. ab Boletinos y trabajos de la Soc. de
Chirurgia di Buénos-Aires t 22 n°12 13/7/38.
- avernier - Diverticule de Meckel avec pan. access. volum.
Soc. de Cir. de Lyon 23 juin 38.
- uln et Bubard - P. aberr. de l'Estomac - La Bourgogne med.
Dijon Ann. 42 n°2 F.38
- eluschere - Tumeurs bénignes de la première portion
duodénale - Thèse Paris 1941.
- esjacques - Panc.aberrant du pylore. Soc. chirurg. Lyon
5 juin 1941
- allet Guy et Marion - Panc. aberrant de la prem. portion
du duodénum. Soc. Chirurg. de Lyon 8 mai 41.
- u Bourguet et Berge - l observ. de Panc. access. développé
dans la paroi ant. du pylore - Ac. Chirurg. Juil 42
- fierz et Dezost - Sur l cas de Panc. aberrant. Med. trop.
3ème Ann. n°2 Mars-Avril 43.
- ambling et D'Allaines - T. bénignes du canal pyloro-duodé-
nal Arch. Mal. App. Digest 45
- olett - Prepyloric polyps in stomach of child diagnostic
histologically anaberrant Panc. Tissus
Am. J. Dis. Child 72 Nov. 46
- orris - Aberrant Pancreas in duodena, South M.J. 39 July 46.
- Roach et Poppel,- Demonstr. radiol. d'l Panc. aberrant ds
l'estomac; Am.J. Reentg Vol. 56 N°5 Nov.46
- ough et Farding - Tissus P. hétéro dans la région de l'ori-
fice pyl. Gastro-entero. Montréal vol.5 Mai 46.
- orichau- Beauchant - Debehut - Payard - Image radiol. d'l
tum. intra-gastrique. Arch. Mal. App. Dig. 46.

3.

- Mutschman - Aberrant pancr. tissu in fall blader wall.
Am.J. Surg. n°72 Aug 46.
- Martins - Aberrant Pancreas - Bol. San Sao Lucas Fev. 46
- Ludwig - Heterotypic occurence of P. tissue in liver -
Zentralblatt fur allg. path. und path anat. 78
Janvier 47
- Moulonguet - Hypertrophie muscul. du pylore. Arch. Mal.
Dig. 1947
- Chapman - Vogel - Schomaker - Hémor. gastr. maniv. assoc.
à l'hétérot. P. de l'E. gastro-ent. vol 8 1947
- Colosinio - La cura diodenale da P. aber. Arch. radio.
Nap. 47 - 21 n°1.
- Hallendorf et Lovelace - Aberrant gastric mucosa and P.
tissu in bleeding Meckel's diverticulum
Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic 23/12/47.
- Joyeux Guibert et Guerrier - Les pancréas aberrants gastro-
duodénaux - J. de Chirurgie 1947.
- Baratelli - Panc. aberr. gastr. Bol. Soc. Argent. n°21
p. 621-626 - 1948
- Carro - Accessory Pancreas in case of diodenal diverticul.
Medicina Radiol. 16/2/1948
- De Nicola R.R. - Pancréas aberrant dans l diverticule de
Meckel, cause d'invag. intest.
Nest. J. Surgery n°7 Juil. 48
- Von Kessel - Accessory P. in form of benigne gastric tumor
Chirg. 19 Avril 1948.
- Baumel et Guibert - Consid. anat. pathol. à propos de 5 cas
de P. aberrant - Arch. Mal. Dig. Fev. 1949
- Guny - 1 cas de Pancr. accessoire à siège duod. - Arch. de
la soc. de Chirurgie de Paris Juillet 49
- Ripstein - Interssueption due to heteropic Pancreas -
Surgery 25 n°1 1949
- Littner M. - T. pancreat. aberrant dans la lère portion
du duod. - Radiology nov. 1950

- Ledieu - Pancréas aberrant, Thèse Paris n° 131 Paris 1951
- Benner W.H. - Morphologie diagnostique du Pan. aberrant de l'estomac; Surgery Février 1951 29, n°2 p.170-181
- Kjellman L. - De nouveaux cas de pancréas aberrants (résumé français) Acta radiol. Aout 1951 36, n°2 p.89-96.
- Pearsen S. - Le pancréas aberrant - Revue de la Litt. et relat. de 3 cas dont l'un détermina une occlusion des canaux pancréatiques - Arch. Surg. Aout 1951, 63, n°2 p. 168-184.
- Alben R.K. Rosenak B.D. et Perner E. - Tissu pancréatique aberrant dans l'estomac - Gastro-enterology mai 1952, 21, n°1 p. 148-153.
- De la Cruz A.G.F. - Pancréas accessoire ou aberrant - Rev. clin. Espan. 30 Avril 1952, 45 n° 2 p.120-122
- De Roche et Gerard G. - Aspect radiologique du pancréas aberrant de l'estomac - J. Radiol. Electrol. 1952, 33, n°5-6 p. 251-252.
- Feldman Met Weinberg T. - Le pancréas aberrant, cause de syndrome duodénal - J. Am. Med. Ass. 15 Mars 1952 148, n°11 p.893-898.
- Marschall S.F. et Curtis F.M.-P. aberrant dans la paroi de l'estomac. Surg. Clin. North. Amer. Juin 1952, 32, n°3 p.867-875.
- Wagner M. - Signification clinique du Pancréas hétérotypique dans la paroi de l'estomac. Arch. Surg. Juin 1952, 64, n°6 p.840-846.

---:---:---:---:---:---:---:---

